2

Uterus bicornis. Graviditas cornu sinistri repetita.

Von

Ludwig Kleinwächter.

Fälle von Gravidität bei mehr oder weniger ausgesprochener Duplicität des Uterus sind bekanntlich nicht so selten. Immerhin aber empfiehlt es sich, einen einschlägigen neuen, namentlich wenn er genau beobachtet und untersucht wurde, zu verzeichnen, da ein solcher insbesondere nach der diagnostischen Seite hin manches Neue und Interessante zu bieten vermag. Letzteres gilt von einem Falle, den ich vor nicht langem beobachtete und namentlich deshalb, weil ich den Uterus während eines Abortus, dann längere Zeit nach letzterem und weiterhin nach einem zweiten Abortus genau zu exploriren in der Lage war.

Der Fall war nachstehender:

Nr. Prot. 2337. B. T., 31jährige Frau aus Chotin in Russland, nahm den 20. Mai 1889 meinen ärztlichen Rath in Anspruch und gab folgende anamnestische Daten an.

Die Frau ist seit 9 Jahren verheirathet und gebar 4 Kinder, von denen sie alle, bis auf das zweite, stillte. Vor 4 Monaten blieb die Menstruation aus. 6—7 Wochen nach dieser ausgebliebenen Menstruation stellte sich ein mässiger Blutabgang ein, der 2—3 Wochen anhielt. Eine herbeigerufene Arztin sondirte den Uterus, worauf eine heftige Blutung auftrat, die zwar bald an Intensität abnahm, in geringerem Grade aber noch 3—4 Wochen andauerte. Nach der Sondirung musste die Frau 2 Wochen lang das Bett hüten. Ob bei dieser starken Metrorrhagie eine Frucht oder Theile eines Ovum abgingen, wusste die Frau nicht anzugeben. 3 Wochen nach dieser Blutung kam es zu einer neuerlichen, die einige Tage anhielt, bezüglich welcher die Frau aber im Unklaren war, ob sie eine menstruale gewesen sei oder nicht. Nach Aufhören der letzten

Blutung begab sich die Frau nach Kamenetz-Podolski zu einem Arzte und wurde daselbst neuerdings wieder von einer heftigen mehrtägigen Metrorrhagie befallen. Da sie dieser Arzt angeblich nicht von ihrem Leiden zu befreien vermochte, so kam sie zu mir. Sie gab an, seit dem damaligen Ausbleiben der Menstruation an einem continuirlichen Schmerze in der linken Unterbauchgegend zu leiden, der sich namentlich bei stärkerer körperlicher Anstrengung steigere. Fieberhafte Erscheinungen scheinen, nach den Mittheilungen der Kranken zu schliessen, nicht dagewesen zu sein.

Die Frau sah gesund, kräftig, wohlgenährt und nicht anämisch aus. Ausgenommen das zu erwähnende Leiden, war die Frau gesund. Puls und Temperatur waren normal, ebenso die Körperfunctionen.

Der Uterus war in toto, wie etwa in der 4.—6. Schwangerschaftswoche, vergrössert, succulenter, weicher, normal anteflectirt, aber etwas nach links verzogen. Die Cervix, speciell die Vaginalportion, war dicker, massiger, als im nicht geschwängerten Zustande. Die ektropionirten, etwas verdickten Muttermundslippen waren erodirt. Der Uterus war weniger beweglich, namentlich nach links zu. Rechts war das Parametrium normal, links dagegen etwas verkürzt. Oben links im Parametrium, entsprechend der Höhe des Fundus uteri, fand sich ein streng umschriebener Tumor in der Grösse und Form einer welschen Nuss. Dieser dem Uterus seitlich oben aufsitzende Tumor überging direct in den Uterus und bildete eine Fortsetzung des letzteren. Bei Versuch, den Uterus zu bewegen, machte der Tumor die Excursionen mit. Ein Sulcus zwischen Uterus und Tumor war nicht da. Der Tumor war derb, fest, hart, bei Druck sehr schmerzhaft und bildete den Sitz jenes Schmerzes, über den die Kranke seit Monaten klagte. Der Fundus uteri erschien nicht verbreitert. Das rechts von seiner normalen Stelle liegende Ovarium zeigte nichts Abnormes. Ebenso verhielt es sich mit der rechten Tube. Das linke Ovarium und die linke Tube fand ich nicht. Ein Blutabgang aus dem Uterus bestand nicht, ebenso wenig entleerte sich abnorm viel Schleimes aus dem eröffneten Muttermunde.

Die Diagnose in suspenso lassend, lag mir die Vermuthung nahe, ein abgesacktes parametranes Exsudat nach vorausgegangenem Aborte vor mir zu haben.

Ich spülte die Vagina mit Sublimat aus, insufflirte nach vorausgeschickter Abtrocknung Bor auf die erodirten Muttermundslippen und legte einen trockenen Bor-Jod-Watte-Tampon ein. Der Kern aus Carboljute, um diesen eine Hülle Jodwatte und darüber ein dünner Mantel aus Borwatte.

Den 21. Mai stellte sich ein leichte Blutung ein, welche die Kranke als Menstruation deutete. Trotzdem ging ich therapeutisch ebenso vor,

wie am vorigen Tage. Den 22. Mai war die Blutung geringer und den 23. October so unbedeutend, dass der täglich gewechselte Tampon an seiner Spitze kaum blutig verfärbt erschien. Den 24., 25., 26. und 27. war der Tampon rein. Die Blutung hatte vollkommen aufgehört. Die Kranke lobte sich ihr Befinden und gab an, die Schmerzen seien gegen früher um vieles geringer geworden. Der objective Befund war inzwischen gleich geblieben. Den 28. Mai kehrte die Blutung zurück und wurde den 29., 30. und 31. immer heftiger. Die Therapie blieb die gleiche. Täglich wurde der vortägige Tampon entfernt, die Vagina mit Sublimat ausgespült und ein frischer Tampon eingelegt. Da die Blutung ziemlich heftig geworden, liess ich Ergotin nehmen. Die Kranke klagte, die früheren Schmerzen seien wieder eingetreten und sehr heftig geworden.

Den 1. Juni theilte mir die Kranke mit, sie sei vollkommen gesund. Die Blutung, sowie die Schmerzen hätten im Verlaufe des verflossenen Tages bis in die Nacht hinein an Intensität zugenommen, als sie plötzlich cessirten und sich die Kranke, wie mit einem Schlage, von ihrem alten Leiden befreit fühlte. Seitdem befinde sie sich, wie sie angab, vollkommen wohl.

Als ich die Frau untersuchte, fand ich in der Vagina, hinter dem Tampon, freiliegend ein kleines fleischiges Gebilde, welches ich entfernte. Eine genaue Untersuchung ergab, dass der dem Uterus anliegende Tumor vollständig verschwunden war. Der Fundus uteri erschien gegen früher etwas verbreiteter. Eine diffuse Verdickung im linken Ligamentum latum fand ich nicht. Das centrale Ende der linken Tube war verdickt. Wie weit sich diese Verdickung erstrecke, konnte ich nicht eruiren, da es mir nicht gelang, die Tube ihrer ganzen Länge nach abzutasten. Der Uterus war unempfindlich. Aus dem Muttermunde sickerte eine blutig-seröse Flüssigkeit hervor. Von da an enthielt ich mich, da sich die Person wohl fühlte, eines jeden therapeutischen Eingriffes. Den 5. Juni hatte der täglich schwächer werdende, blutig-seröse Ausfluss gänzlich aufgehört.

Den 6. Juni, als ich die Frau aus der Behandlung entliess, war der Untersuchungsbefund der inneren Genitalien folgender:

Der Uterus ist immer noch etwas grösser, als in der Norm, doch fühlt er sich jetzt gegen früher etwas härter an. Es macht den Eindruck, als ob sein linkes Horn etwas stärker entwickelt wäre, als das rechte. Die linke Tube ist dicker, als die rechte. Die Ovarien und Parametrien sind normal.

Da sich die Frau etwas geschwächt fühlte, so ordinirte ich den Gebrauch eines Eisenwassers.

Das fleischige Gebilde, welches ich den 1. Juni frei liegend in der Vagina hinter dem Tampon fand und extrahirte, hatte eine cylindrische

Form, war $3^1/_2$ cm lang und $2^1/_2$ cm breit. Durchschnitten erwies es sich als eine Blutmole, ein Abortivei aus den ersten Schwangerschaftswochen. Im Innern des Decidualsackes fanden sich grosse alte Blutgerinnsel. Die Eihäute waren mehrfach zerrissen. Eine Fruchtanlage war bei oberflächlicher Besichtigung nicht zu finden. Da die Frau das abgegangene Gebilde mit sich zu nehmen verlangte, war es mir unmöglich, eine genaue mikroskopische Untersuchung desselben vorzunehmen, um aus dieser das Alter des Eies genau zu bestimmen, doch glaubte ich, das letztere auf ein solches von 4—5 Wochen abschätzen zu können.

Den 3. Juli desselben Jahres besuchte mich die Frau nach Beendigung ihrer Trinkcur wieder und theilte mir mit, die Menstruation sei den 29. Juni eingetreten und habe bis zum 2. Juli gedauert. Selbe sei vollständig normal und schmerzlos verlaufen.

Bei der innerlichen Untersuchung traf ich den Uterus vollkommen involvirt an. Das linke Uterushorn war deutlich grösser, als das rechte, es wölbte sich ganz ausgesprochen vor. Die linke Tube war, namentlich gegen ihr uterines Ende zu, dilatirt, die rechte dagegen normal. Die Parametrien waren normal. Das Gleiche galt vom rechten Ovarium und vom linken, welches nun leicht aufzufinden war.

Den 16. Januar 1891 kam die Frau neuerdings als Kranke zu mir und gab Folgendes an:

Die October 1890 erwartete Menstruation blieb aus. 10 Wochen nach ausgebliebener Menstruation trat eine heftige Blutung ein, die wohl bald an Intensität abnahm, auch aufhörte, sich aber in unregelmässigen Terminen wieder einstellte. Dabei sollen heftige Schmerzen im Unterleibe da sein.

Ich fand den Uterus in toto etwas vergrössert, succulenter, weicher. Das linke Uterushorn erschien mir etwas massiger und grösser als das rechte.

Ich diagnosticirte einen vorausgegangenen Abort in den ersten Wochen mit Zurückbleiben von Eitheilen, eventuell die Gegenwart eines Deciduomes bei mangelhafter puerperaler Involution des Uterus.

Auf den Befund hin beschloss ich eine Excochleation vorzunehmen.

Den 17. Januar excochleirte ich. Vor Vornahme der Operation untersuchte ich das Uteruscavum genau mit der Sonde, sowohl um die Länge des Cavum beider Uterushörner zu bestimmen, als um zu erfahren, ob nicht etwa ein Septum oder das Rudiment eines solchen zwischen den beiden Hörnern da sei. Die Länge der Uterushöhle bis zur rechten Tubenecke betrug 7, jene bis zur linken 9 cm. Ein Septum oder das Rudiment eines solchen war nicht da. Der Uterusfundus war verbreitert und zwar ungleichmässig, nach links zu, entsprechend dem linken grösseren Uterushorne. Eine sattelförmige Einsenkung der oberen Wand des Fundus

war von aussen nicht zu finden. Auffallend war es, dass auch diesmal die linke Tube wieder dicker erschien, als die rechte. Sie war über bleistiftstark und verdickte sich an ihrer uterinen Einpflanzung noch mehr. Die Parametrien und Ovarien boten nichts Abnormes dar.

Ich excochleirte zahlreiche Deciduafetzen und Placentarstückchen. Das grösste der letzteren war etwa kirschkerngross. Die excochleirten Massen, namentlich die Placentarpartikeln, sassen an den Wandungen des linken Uterushornes.

Nach einer der Excochleirung folgenden desinficirenden Uterusausspülung drainirte ich das Uteruscavum mittelst eines eingelegten Jodoformgazestreifens.

Am 3. Tage nach der Excochleation kam es unter leichten Fieberbewegungen und mässigen Schmerzen zur Bildung eines umschriebenen nicht umfangreichen linksseitigen parametranen Exsudates. Bei entsprechender Ichthyolbehandlung war dieses Exsudat den 3. Februar nahezu gänzlich geschwunden. Den 4. dieses Monates, knapp vor der zu erwartenden Menstruation, fuhr die Kranke gegen meinen Willen zu Besuch eine Stunde weit über Land. Daselbst angekommen erkrankte sie plötzlich unter heftigen Schmerzen. Als sie den 7. d. M. wieder zurückkehrte, liess sich eine mässig grosse Hämatokele retrouterina ohne Schwierigkeiten diagnosticiren. Die Resorption dieses Blutergusses ging ziemlich langsam von statten, denn erst in den ersten Tagen des Monates März waren die letzten Reste dieses Blutergusses vollkommen aufgesaugt. Den 5. März fuhr die Frau genesen heim.

Eine Schlussuntersuchung knapp vor Entlassung der Frau ergab Folgendes: Das linke Uterushorn erschien nur um ein Weniges ausgesprochener als das rechte. Eine auffallende Verbreiterung des Fundus war nicht nachweisbar, ebensowenig eine sattelförmige Einsenkung im Fundus. Die linke Tube war etwas dicker als die rechte. Die Parametrien und Ovarien waren normal.

Das am 1. Juni 1889 abgegangene Gebilde war ein Schwangerschaftsproduct aus den ersten Wochen. Es handelte sich demnach damals um einen protrahirten Abort. Ob das Ovum spontan zu Grunde ging oder ob das Absterben desselben durch die Sondirung des Uterus von Seite der Arztin herbeigeführt wurde, lässt sich schwer entscheiden, da bereits vor diesem Eingriffe eine 2- bis 3wöchentliche allerdings aber angeblich nicht sehr heftige Blutung da war. In Anbetracht des Umstandes aber, dass das Alter des Eies approximativ mit dem Zeitpunkt der Sondirung übereinstimmte, ist es mir wahrscheinlicher, dass dieser Eingriff die starke Blutung und

dadurch das Absterben des Eies hervorruft. Andererseits aber konnte die erste Blutung auch das Ei zum Absterben gebracht haben und durch die abnorme Implantation der letzteren bedingt gewesen sein. Dass bei Schwängerung eines Hornes eines Uterus bicornis, ebenso wie bei interstitieller Gravidität das befruchtete Ovum, ohne Zweifel infolge der ungünstigen räumlichen und anatomischen Verhältnisse der Fruchtsackhöhle, häufig spontan vorzeitig zu Grunde geht, ist bekannt, andererseits aber kann, wie dies manche erwiesene Fälle bezeugen, die Frucht hier auch zu vollkommener Reife gelangen. Mancherlei Umstände legen mir aber die Vermuthung nahe, dass der erste Abort ein künstlich eingeleiteter war, namentlich der, dass die Frau von einer Aerztin sondirt wurde. Als die Frau das zweite Mal als Kranke zu mir kam, war wieder ein Abort vorausgegangen. Dies zeigten die Decidua und Placentarreste, die ich entfernte, an. Bezüglich dieses zweiten Abortes mangeln anamnestische Anhaltspunkte, ob er als spontan eingetretener oder künstlich herbeigeführter aufzufassen sei. Unwillkürlich aber steigt der Verdacht auf, dass auch diesmal der Abort nicht ein spontaner war, und zwar um so mehr, als die Frau vor diesen zwei Aborten vier reife Früchte geboren. Anders könnte die Auffassung sein, wenn die zwei Aborte den zwei ersten Schwangerschaften entsprochen hätten.

Hätte ich mich mit der eingehenden Untersuchung vor Abgang des Eies begnügt und nach beendetem Abort nur oberflächlich untersucht, so hätte ich den Fall unbedingt als eine interstitielle Gravidität mit Abgang des Eies per vias naturales aufgefasst, da es zu allen jenen Merkzeichen kam, die sich bei einem solchen Gange der Dinge einstellen. Der dem Uterus seitlich aufsitzende Tumor war binnen 24 Stunden geschwunden, der Uterus war gegen früher plötzlich verbreitert, das Ei war abgegangen und die Kranke nach vorausgegangenen Blutabgängen und Schmerzen wie mit einem Schlage von ihren Leiden befreit. Die späteren Untersuchungen aber, namentlich nach bereits vorgeschrittener Involution des Uterus, ergaben, dass es sich um eine Gravidität gehandelt hatte, die sich im linken stärker entwickelten Uterushorn abzuspielen im Begriffe war. Insbesondere instruktiv nach dieser Richtung hin war der Befund nach dem zweiten Aborte. Er bestätigte die Richtigkeit der Diagnose, dass der erste Abort auf einer ursprünglichen Schwängerung des linken Uterushornes beruhte.

Bei dem zweiten Aborte waren dieselben Verhältnisse, wie bei dem ersten. Ich kann dies mit Sicherheit annehmen, wenn ich auch diesen Abort in seinem Verlaufe zu controliren nicht in der Lage war. Das Ei war diesmal auch wieder im linken Uterushorn eingenistet. Der Beweis davon liegt darin, dass ich die zurückgebliebenen Placentapartikeln aus dem linken Uterushorn excochleirte. Der Nachweis der stärkeren Entwicklung des linken Uterushornes eine längere Zeit nach abgelaufenem ersten Aborte, sowie der Befund nach dem zweiten Aborte vor Vornahme der Exochleation lassen in mir keine Zweifel aufsteigen, dass die Person einen zweihörnigen Uterus mit stärkerer Entwicklung des linken Hornes trug und dass beide Male nach einander eine Schwängerung dieses Hornes eintrat, die vorzeitig in einen Abort auslief.

Ein Umstand aber kommt in Betracht, der eine besondere Bedeutung erheischt. Sofort nach Ausstossung des Eies und auch späterhin, ebenso wie nach Ablauf des zweiten Abortes, fand ich eine deutliche Umfangszunahme der linken Tube, insbesondere an deren centralem Ende. Diese Erscheinung kann entweder so gedeutet werden, dass der centralst gelegene Abschnitt des uterinalen Endes der Tuba früher mit zum Aufbaue des Fruchtsackes verwendet wurde oder dass derselbe, ohne dass letzteres der Fall war, wegen der unmittelbaren Nähe des inserirten Eies an der Graviditätshyperplasie in höherem Grade mit participirte, wie die rechte, weiter entfernt gelegene Tuba. Zwischen diesen beiden Anschauungen liegt, wie ich anzunehmen geneigt wäre, nur ein gradueller Unterschied vor. Eine Entscheidung ob der höhere oder niedere Grad der Mitbetheiligung des uterinalen Endes der Tuba vorlag, ist, wenn das anatomische Präparat nicht als strikter Beweis herangezogen werden kann, selbstverständlich nicht möglich. Ich muss es daher dahingestellt sein lassen, ob es sich in einem der beiden Aborte, namentlich im ersten oder vielleicht gar in beiden, mit um ein uterine interstitielle Schwangerschaft handelte oder nicht.

Sehr interessant ist es, dass die Schwängerung des stärker entwickelten Uterushornes zweimal nach einander eintrat. Es spricht dies mit grösster Wahrscheinlichkeit dafür, dass die zwei Ovula aus dem linken Ovarium stammten und auf dem Wege der linken Tuba in das linke Uterushorn gelangten und sich dort festsetzten.

Vor diesen zwei Aborten gebar die Frau vier ausgetragene lebende Früchte. Wie es sich in diesen vier Schwangerschaften

mit dem Orte der Einbettung des Ovum verhielt, entzieht sich begreiflicher Weise einer nachträglichen Bestimmung. Unmöglich ist es aber nicht, dass auch in einer oder gar in mehreren dieser Schwangerschaften sich das Ei ursprünglich im linken Uterushorn festsetzte.

Ein befruchtetes Ovum, das in verhältnissmässig früher Zeit abstirbt und danach noch eine längere Zeit im Uterus verweilt, stellt, wenn es schliesslich nach aussen abgegangen ist, einen Abguss der Uterushöhle dar. Hier hatte das Ovum eine walzenförmige Form. Diese letztere zeigt an, dass das Ovum nicht längere Zeit hindurch nach seinem Absterben in einer normalen Uterushöhle gelegen sein konnte, sondern in einer solchen wie sie nur einem Uterushorne oder einer Graviditas utero-interstitialis zukommen kann, nämlich einer cylindrischen Fruchtsackhöhle.

Das plötzliche Verschwinden des dem Uterus linkerseits angelagerten Tumors unter gleichzeitiger Verbreiterung des Uterus zeigt an, dass das Ovum aus dem Uterushorne in die beiden Hörnern gemeinsame Höhle und von da nach aussen trat. Sobald das Ovum das Uterushorn verliess, verschwand die abnorme Ausdehnung des letzteren. Durch den Uebertritt des Ovum in die beiden Hörnern gemeinsame Höhle musste sich der Uterus in toto verbreitern, wodurch die früher stärkere Ausdehnung des linken Hornes zum grössten Theile verwischt wurde. Zu letzterem trug noch der Umstand nicht wenig bei, dass sich der Uterus seines Contentums nun durch kräftige Wehen zu entledigen strebte, woran sich das linke Uterushorn mit betheiligen musste, wodurch es aber verkleinert und weniger deutlich tastbar wurde. Nach erfolgter Involution des ganzen Uterus stellten sich die ursprünglichen Verhältnisse des stärker entwickelten linken Hornes wieder her und nun war letzteres deutlicher abzutasten.

Unbewusst leitete ich im Verlaufe des ersten Abortes die richtigste Therapie ein. Der durch 12 Tage hindurch ununterbrochen in der Vagina liegende grössere und härtere Tampon dehnte andauernd das Scheidengewölbe stark aus und regte dadurch die Auslösung der Wehenthätigkeit an, die schliesslich zur Ausstossung des Eies führte. Das dargereichte Ergotin steigerte die Wehenthätigkeit und beschleunigte dadurch den Abgang des Eies.

Dass ich, als ich die Person das erste Mal zu Gesicht bekam und auch späterhin noch, die ersten 12 Tage hindurch, nicht die richtige Diagnose stellte, führe ich auf den Umstand zurück, dass

das sich präsentirende Bild durchaus nicht dem landläufigen eines Uterus bicornis mit stärkerer Entwickelung des einen Hornes glich. Das linke Uterushorn hatte nicht die walzen- oder spindelförmige Form, wie sie in der Regel als charakteristisch hervorgehoben wird. Es bildete einen welschnussgrossen und ebenso geformten Tumor, der mit breiter Basis dem Uterus in der Nähe dessen Fundus seitlich aufsass, ganz ähnlich wie dies nicht selten bei umschriebenen parametranen Exsudaten der Fall ist. Infolge dessen erschien der Uterus nicht verbreitert, namentlich nicht in seinem Fundus und zeigte letzterer keine Einsattelung oder Einkerbung. Aber auch späterhin, nachdem die ursprüngliche Form des Uterus wieder besser hervorgetreten war, trat das linke Uterushorn wohl deutlich hervor, bildete aber keinen sich seitlich vom Uterus abzweigenden spindel- oder birnformigen Tumor bei gleichzeitiger ausgesprochener Einsattelung des Fundus.

Es handelte sich demnach um einen Uterus mit stärker entwickeltem linken Horne, ohne sagen zu können, dass das rechte in seiner Entwickelung zurückgeblieben sei, demnach durchaus nicht etwa um einen Uterus unicornis mit mangelhaft entwickeltem rechten Horne. Die Höhle des Uterus war eine einfache mit stärkerer linksseitiger Entwickelung desselben. Ein Septum im Inneren der Höhle war nicht da, nicht einmal ein Rudiment eines solchen.

Fast wäre ich geneigt, die der Excochleation folgende umschriebene linksseitige Parametritis mit der stärkeren Dilatation des centralen Endes der an sich schon im Vergleiche zur rechten Tube dilatirten linken in Zusammenhang zu bringen. Participirte ein Abschnitt des interstitiellen Theiles der linken Tuba mit an der Bildung des Fruchtsackes, so wäre der Eintritt der nachfolgenden Parametritis leicht zu erklären. Nach Abgang des Eies stagnirte in dem angenommenen Abschnitte des interstitiellen Theiles der linken Tuba etwas Lochialflüssigkeit. Durch die Sondirung, die Excochleation, sowie durch die Ausspülung des Uterus wurden kräftige Uteruscontractionen angeregt und durch diese die im interstitiellen Abschnitte der linken Tube noch von früher angestaute Lochialflüssigkeit in das soeben excochleirte Uteruscavum hineingetrieben. Die ihrer oberen Mucosaschichte beraubte Uterusinnenwand war knapp nach der Excochleation am besten dazu geeignet, diese zersetzte Flüssigkeit zu resorbiren und dadurch consecutiv schliesslich eine umschriebene Parametritis herbeizuführen.

Ich glaube, dass mancher jener Fälle, die als Tubarschwangerschaft mit nachfolgender Geburt des Fötus per vias naturales publicirt wurden, ebenso aufzufassen sein dürfte, wie ich den von mir beobachteten ansehe, nämlich als Schwangerschaft im Horne eines Uterus bicornis, vielleicht unter Participirung des innersten Segmentes des interstitiellen Abschnittes der Tuba an der Bildung der Höhle des Fruchtsackes. Speciell hierher zu zählen wäre ich geneigt, die Fälle, die von Mc'.Burney [1]), P. Munde [2]), Hennig [3]), Bache Emmet [4]) und Robinson [5]) publicirt wurden.

---

[1]) Mc. Burney, New-York med. Journ. 1878, Bd. 27 Nr. 3 S. 273. — T. G. Thomas, Med. and Surg. Elect. III. Edit. New-York 1881 p. 606. — Henry J. Garrigues, Transactions of the American Gynecological Society 1883, Bd. 7 S. 196. — Munde, C. f. G. 1878, S. 357. — Thomas Addis Emmet, Am. Journ. of Obstetr. 1885, Bd. 18 S. 355.

[2]) P. Munde, Americ. Journ. of Obstetr. 1879, Bd. 12 S. 330.

[3]) Hennig, Centralbl. für Gyn. 1889, S. 204.

[4]) Bache Emmet, Amer. Journ. of Obstetr. 1890, Bd. 23 S. 750, 1227 und 1369.

[5]) Robinson, New-York med. Journ. 18. Juni 1892. C. f. G. 1892, S. 992.